



**PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN  
MAHDOLLISUUDET PAINON HAL-  
LINNAN TUKEMISESSA JA KE-  
HONKUVAN EHEYTYMISESSÄ LI-  
HAVILLA NAISILLA**



Maarit Pylvänen  
Kehittämistehtävä  
2015  
15EPSF7  
Psykofyysinen fysioterapia  
Erikoistumisopinnot

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Erikoistumisopinnot  
Psykofyysinen fysioterapia

PYLVÄNEN MAARIT:

Psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet painon hallinnassa ja kehonkuvan eheyttämässä lihavilla naisilla

Kehittämistehtävä 48 sivua, joista liitteitä 11 sivua  
Joulukuu 2015

---

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli tarkastella psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia painon hallinnan tukemisessa ja kehonkuvan eheyttämisessä lihavilla naisilla. Kehittämistehtävässä arviointimenetelminä on käytetty tutkimuslomakkeita, inspektionia, haastattelua ja asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia. Kehittämistehtävässä on hyödynnetty ja verrattu ryhmä- ja yksilömuotoisen fysioterapian tarjoamia mahdollisuuksia.

Kehittämistehtävän tavoitteena oli painon hallinnan tukeminen ja kehonkuvan eheytyminen psykofyysisen fysioterapian keinoin lihavilla naisilla. Asiakkaat valikoituivat naisista, jotka olivat halukkaita ja valmiita työskentelemään painonsa ja oman kehonkuvansa kanssa. Tavoitteena oli mitata asiakkaiden subjektiivista kokemusta siitä, kuinka heidän kehonkuvansa muuttui terapiajakson aikana ja millaista hyötyä he kokevat saavansa painon alentamiseen psykofyysisestä fysioterapiasta.

Tämän kaltaista tarkastelua ei ole aikaisemmin tehty joten ennakkotietoa käytettävistä harjoitteista tai aikaisemmista saaduista tuloksista ei ole ollut käytettävissä. Kehittämistehtävässä verrattiin psykofyysisen ryhmä- ja yksilöfysioterapian mahdollisuuksia. Tuloksena tarkastelussa on, että sekä ryhmä- että yksilömuotoisella psykofyysisellä fysioterapialla on edellytykset tukea lihavien naisten painon hallinnassa ja kehonkuvan eheytymisessä.

Kehittämistehtävä on saatavissa Theseus- tietokannasta.

---

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, lihavuus, kehonkuva, painon hallinta, tietoinen syöminen

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Psychophysical physiotherapy – specializing studies

PYLVÄNEN MAARIT:

Potential of psychophysical physiotherapy in supporting weight management and gaining a healthier body image with obese woman.

Development project 48 pages, appendices 11 pages  
December 2015

---

The object of this development project was to explore the potential of psychophysical physiotherapy in supporting weight management and gaining a healthier body image with obese women. The assessment methods used were assessment forms, inspection, the subjective experiences of the clients. The development project utilizes and compares the potential of group and individual psychophysical physiotherapy.

The purpose of this development project was to support weight healthy body image through psychophysical physiotherapy with obese women. The clients selected were women who were willing and ready to work on their weight and their body image.

The aim of the development project was to explore the subjective experiences of the clients on how their body image changed during the project and what kind of benefit they experienced getting from psychophysical physiotherapy on losing weight. This kind of study has not been done before, so therefore there wasn't any preliminary information available about exercises that have been used or results from other studies.

On the basis of this development project, it can be concluded that both group and individual psychophysical physiotherapy can support obese women in weight management and in the process of gaining a healthy body image.

The study is available in Theseus- database.

---

Keywords: psychophysical physiotherapy, obesity, body image, weight management, conscious eating

## SISÄLLYS

1	LIHAVUUS.....	6
1.1	Lihavuus kansanterveydellisesti .....	8
1.2	Lihavuuden hoito Suomessa .....	10
2	KEHONKUVA .....	13
2.1	Lihavuus ja kehonkuva .....	13
2.2	Lihava ihminen yhteiskunnassa .....	15
3	KÄYTETYT ARVIOINTITYÖKALUT .....	17
4	RYHMÄMUOTOINEN PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA.....	18
4.1	Ryhmän sisältö.....	18
4.1.1	Esimerkkinä kotitehtävä ryhmälle.....	20
4.1.2	Esimerkkinä tietoisien syömisien harjoite ryhmässä.....	21
4.2	Tulokset terapeutin näkökulmasta .....	21
5	YKSILÖMUOTOINEN PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA.....	24
5.1	Ensimmäinen yksilöasiakas .....	24
5.1.1	Toteutus ja tulokset .....	25
5.2	Toinen yksilöasiakas .....	26
5.2.1	Toteutus ja tulokset .....	27
5.2.2	Päätöshaastattelu .....	28
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	31
7	LÄHTEET .....	35
8	LIITTEET.....	37
8.1	LIITE 1. Sopimus valokuvien käyttöoikeudesta.....	37
8.2	LIITE 2. Modifioitu tutkimuslomake. ....	38
8.3	LIITE 3. Kehoaasennetesti. ....	42

## JOHDANTO

Vien Sinut lukijana liHAVAN ihmisen maailmaan niin hyvin kuin osaan. Tarjoan Sinulle mahdollisimman realistisen kuvan liHAVAN naisen elämästä ja ajatuksista nykypäivän Suomessa. Tutustutan sinut maailmaan, jossa on surua, sisua, häpeää ja suunnatonta kauneutta. Ota minua kädestä kiinni ja hyppää liHAVuuden kaninkoloon kanssani. Tuon työssäni jo teoriaosuudessa tietooni kokemuksia, joita liHAVat naiset ovat kokeneet. Nämä kokemukset ovat sanoja, joita kanssaeläjät ovat liHAVille naisille sanoneet ja tilanteita, joihin naiset ovat liHAVuutensa kanssa joutuneet. Kokemukset on kerätty terapiaan osallistuneilta naisilta. Lisäksi havainnollistan työssäni kuvin (LIITE 1, sopimus valokuvien käyttöoikeudesta) mitä liHAVuus todellisuudessa on ja kuinka kauniita liHAVat naiset voivat olla.

Tavoitteena kehittämistehtävässä on liHAVIEN naisten painon hallinnan tukeminen ja kehonkuvan eheytyminen psykofyysisen fysioterapian keinoin. Asiakkaat ovat naisia, jotka kokevat olevansa halukkaita ja valmiita työskentelemään kehonkuvansa ja painonsa kanssa. Kehittämistehtävässä avataan käsitteinä liHAVuus ja painonhallinta lukijalle, jonka jälkeen esitellään ryhmä- ja yksilömuotoinen fysioterapia. Ryhmä- ja yksilömuotoisen fysioterapian tavoitteena on selvittää, kuinka terapiajakson aikana asiakkaiden kehonkuva muuttuu, ja millaista tukea he kokevat saavansa painon hallintaan.

Kehittämistehtävässä tarkastellaan psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia liHAVIEN naisten painon hallinnassa ja kehonkuvan eheyttämisessä. Kehittämistehtävä on kvalitatiivisesti ja arviointimenetelminä käytetään tutkimuslomakkeita, inspektointia, haastattelua ja yksilön subjektiivista kokemusta omasta painostaan ja kehostaan. Kehittämistehtävässä verrataan ryhmämuotoisen ja kahdella toisistaan poikkeavalla tavalla toteutetun yksilöllisen psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia.

## 1 LIHAVUUS

Lihavuudella tarkoitetaan liiallista rasvakudoksen määrää elimistössä. (Lihavuus, aikuiset Käypä hoito- suositus, 2011.) Liiallinen rasvakudos määritetään painoindeksillä (body mass index, BMI), joka mitataan jakamalla paino metreillä ilmaistun pituuden neliöllä. Painoindeksin ylittäessä 25 luokitellaan ihminen lievästi lihavaksi. Lihavuus voi vaihdella erittäin paljon ja siksi painoindeksitaulukossa täsmennetään, kuinka suuresta lihavuudesta on kyse (TAULUKKO 1). (Mustajoki, 2014.)

TAULUKKO 1. Lihavuuden vaikeusaste painoindeksin mukaan.

BMI 25-30	Ylipaino eli lievä lihavuus
BMI 30-35	Merkittävä lihavuus
BMI 35-40	Vaikea lihavuus
BMI enemmän kuin 40	Sairaalloinen lihavuus

Suomalaisten painoindeksi on kasvanut ja lihavuus yleistynyt viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Suomalaiset eivät ole ainoita jotka lihovat, vaan on arvioitu, että maailmassa on yli miljardi lihavaa ihmistä. (Männistö & muut, 2004, 777-782.)

*Työterveystarkastuksessa lääkäri kysyi: ”Oletko aina ollut noin lihava?”. Vastasin, että ”Kyllä, synnyinkin tällaisena. Näkisitpä meidän äitin.”*  
KOKEMUS 1.

Lihavuus johtuu siitä, että kaloreita saadaan ravinnosta pitkän aikaa enemmän kuin energiankulutus on (Mustajoki, 2013). Lihomiselle alttiimpia väestöryhmiä ovat nuoret aikuiset, vähiten koulutetut, lihavien vanhempien lapset, tupakoinnin lopettaneet ja vähän liikuntaa harrastavat. Lihomiseen johtavia syitä on rasvaisten välipalojen sekä virvoitusjuomien ja alkoholin kulutuksen kasvu, ruuan annoskokojen suureneminen ja arkiliikunnan väheneminen. (Männistö & muut, 2004, 777-782.) Lihaviin ihmisten määrä on yli kaksinkertaistunut viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Suomessa leikki-ikäisistä ja alakouluikäisistä lapsista noin joka kymmenes on ylipainoinen, kun yläkouluikäisissä jo joka neljäs on ylipainoinen. (Pesola, 2013, 13.)

Maailmanlaajuisesti lihavuus tappaa ihmisiä jo enemmän kuin aliravitsemus. Suomessa energiankulutus työn fyysisen kuormituksen kevennyttyä on kolmenkymmenen viime vuoden miehillä vähentynyt 140 ja naisilla 124 kilokaloria päivää kohden. Tämä on

täsmälleen yhtä paljon, kuin väestön lihominen on vaatinut. (Pesola, 2013, 13.) Lihavuus Käypä hoito- suosituksen (2011) mukaan suomalaisten miesten ja naisten paino on noussut ja vyötärönympärys kasvanut. Vuonna 2007 merkittävästi lihavien (BMI enemmän kuin 30) osuus väestöstä on lisääntynyt 1970- luvulta lähtien. 25- 74- vuotiaista miehistä oli lihavia 70% ja vastaavasti naisista 57%.

Vuosittain lihavuuden hoito aiheuttaa valtion tasolla suuria menoja. Esimerkiksi vuonna 2006 lihavuuden aiheuttamat menot valtiolle olivat 260 miljoonaa, summasta vajaat 190 miljoonaa rasitti terveydenhuoltoa ja loput sosiaaliturvaa. Vuodeosastohoitoon kului terveystmenoista noin puolet ja lääkehoitoon 40%. Kaksi kolmasosaa kuluista aiheutti tyypin 2 diabetes, nivelrikko ja aivohalvaukset. Kokonaismenoihin suhteutettuna lihavuuden osuus oli terveydenhuollon menoista n. 3% ja sosiaaliturvan menoista n. 1,8%. Sairaalahoitoa vaati lihavuuden takia n. 19 000 potilasta, hoitopäiviä kului noin 370 000. Noin 5200 henkilöä oli lihavuuden vuoksi sairaseläkkeellä ja sairauspäiviä lihavuuden vuoksi kertyi runsaat 340 000. (Pekurinen, 2006, 1213-1214.)

Vyötärölihavuudella tarkoitetaan keskivartalon alueelle kertyvää rasvaa. Rasva kertyy vatsaontelon sisälle, suolten ja sisäelinten väliin sekä maksan sisälle (rasvamaksa). Tätä kutsutaan viskeraaliseksi rasvaksi, sisälmysrasvaksi, rasvasolujen kertymispaikan mukaisesti. Vatsaontelon sisälle kertynyt rasva aiheuttaa kantajassaan monia sairauksia, kuten tyypin 2 diabetesta, kohonnutta verenpainetta, unihäiriöitä, hengityskatkoja nukkessa, veren rasvahäiriöitä, kuukautiskierron häiriöitä, liikakarvoitusta, hedelmällisyyden alenemista, sydänsairauksia, kihtiä ja joitain syöpäsairauksia. (Mustajoki, 2014.)

*”Mikäs se täällä” mieheni sanoi kun otti minua takaapäin kiinni kahdella kädellä. Luuli pitävänsä minua rinnoista kiinni, vaikka otti kahdella kädellä kiinni mahamakkarakani.*

KOKEMUS 2.

Vatsaontelon sisällä sijaitsevien rasvasolujen toiminta on vilkkaampaa kuin ihon alla sijaitsevien. Vatsaontelon rasvakudokseen kertyy runsaasti tulehdussoluja, jotka ylläpitävät haitallista tulehdusreaktiota. Vatsaontelon sisältämä laskimoveri kulkeutuu porttilaskimon kautta suoraan maksaan, joka on ihmisen aineenvaihdunnan keskus. Aineenvaihdunnan häiriöt heijastuvat kaikkialle elimistöön, minkä vuoksi vaara lukuisiin sairauksiin suurenee. Vyötärölihavuus voi olla mahdollista myös normaalipainoisilla (BMI

alle 25), tällöinkin viskeraalinen rasva voi yhtä lailla aiheuttaa sairauksia. (Mustajoki, 2014.)

*Tilanne junassa ruuhka-aikaan: vanhempi nainen antoi minulle tilaa sanoen ”Kun sulla on tuo mahakin”. Siihen minä sitten istuin. Tämän mahani kanssa.*

KOKEMUS 3.

Vyötärölihavuus todennetaan mittaamalla vyötärön ympärysmitta. Tässä miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm määritetään vyötärölihavuudeksi. (Lihavuus, aikuiset Käypä hoito-suositus, 2011.)



KUVA 1. Vyötärölihavuus (Pylvänen, 2015.)

### 1.1 Lihavuus kansanterveydellisesti

Suomessa arvioidaan olevan 400 000 pitkäaikaissairasta, joille laihduttaminen olisi tehokas hoitomuoto. Kansanterveydellisesti katsoen muutos väestön lihavoitumisessa on tapahtunut noususuhdanteessa 1950- luvulta lähtien sekä naisilla että miehillä. Naisille tyypillisempää on niin kutsuttu päärynälihavuus, jossa rasvasolukko muodostuu lantion alueelle. Miehillä tyypillisempää on vyötärölihavuus, jolloin rasvasolukko muodostuu vatsaonteloon. Lihavuus harvoin johtuu sairaudesta, vaan on elintapasairaus. Itsessään



lihavuus ei aiheuta kantajalleen ongelmia, vaan lihavuuden kansanterveydellisen haasteen tuottaa lisääntynyt riski sairastua moniin kroonisiin sairauksiin. (Kauhanen, Myllykangas, Salonen & Nissinen, 1998, 235-237.)

Vyötärölihavuus aiheuttaa aineenvaihduntaan liittyvää oireyhtymää, metabolista oireyhtymää, MBO. Metabolinen oireyhtymä määritetään tarkastellen kokonaistilaa ja vaikuttavia tekijöitä (vyötärön ympärys, veren rasva-arvot, kohonnut verenpaine, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ja HDL- kolesterolin pienentynyt määrä veressä). Yli kolmasosalla suomalaisista miehistä ja yli neljäsosalla suomalaisista naisista on metabolinen oireyhtymä. Oireyhtymään kiinnitetään huomiota, koska siihen liittyy suurentunut sydän- ja verisuonisairauksien riski. Metabolinen oireyhtymä johtuu viskeraalisesta rasvasta, jota hoidetaan tehokkaimmin laihduttamalla, mutta myös lääkehoito on mahdollista. (Mustajoki, 2014.)

Aivohalvauksen aiheutajana on ateroskleroosi tai veritulppa, jolloin aiheutuu nopea hapenpuute aivoihin. Aivoverisuoni voi myös rikkoutua, jolloin aiheutuu aivoverenvuoto. Aivoverisuonitukosten taustatekijät ovat samat kuin ateroskleroosissa. Kansanterveydellisesti Suomessa suurin ongelma on vuonna 1998 ollut ateroskleroosin aiheuttama sepelvaltimotauti, jossa sydämen omat verisuonet, sepelvaltimot, tukkeutuvat. Aiheuttavia tekijöitä ovat kohonnut verenpaine, veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, tupakointi ja lihavuus. Lisäksi myötävaikuttavia tekijöitä ovat liikunnan vähäisyys, mahdollisesti eräät infektiot sekä psykososiaaliset stressitekijät. Sepelvaltimotaudin ja aivohalvausten lisäksi valtimoiden tukkeutuminen aiheuttaa katkokävelyä, kipua raajoihin, verenpainetauti ja miehillä impotenssia. (Kauhanen ym. 1998. 196-203.)

Vuonna 1998 sydän- ja verisuonisairauksia sairasti yli 600 000 suomalaista. Noin 20 000 suomalaista sairastui vuosittain sydäninfarktiin ja noin 10 000 aivohalvauksen. (Kauhanen ym. 1998. 196-203.) 1970-luvulta lähtien sydäninfarktiin kuolleisuus on vähentynyt tasaisesti, nyt pienemmän on 4-5 % vuodessa. Sairaaloissa hoidetaan noin 17 000 sydäninfarktia. Lisäksi noin 6000 suomalaista kuolee sydäninfarktiin vuoksi matkalla sairaalaan tai kotona. (Käypä hoito-suositus, sydäninfarktin diagnostiikka, 2014.) Vuonna 2007 14 600 suomalaista sai aivohalvauksen. Osa sairastuneista sairastui samana vuonna uudestaan, jolloin tapausmäärä on tilastoituna 17 100 aivohalvausta. (Käypä hoito-suositus, aivoinfarkti, 2011.)

## 1.2 Lihavuuden hoito Suomessa

Lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia voidaan ehkäistä ja hoitaa jo 5-10% painon pudotuksella. (Mustajoki, 2013; Lihavuus, aikuiset Käypä hoito-suositus, 2010.) Suomessa lihavuutta hoidetaan terveydenhuollossa yhtä kiinteästi, kuin muitakin pitkäaikaissairauksia. Hoito on ensisijaisesti ryhmämuotoista elintapaohjausta, joka keskittyy ruokavalioon ja liikuntaan, sekä niitä ohjaaviin asenteisiin ja ajatuksiin. Tukevia hoitomuotoja ovat niukkaenerginen ruokavalio ja lääkehoito. Sairaalloista lihavuutta voidaan hoitaa kirurgisesti, mikäli muu hoito ei tuota pysyvää laihtumistulosta. Lihavuuden hoidon tavoitteena on vähintään 5% painon aleneminen. Hoidossa korostetaan pitkäaikaisuutta ja pysyvyyden painottamista. (Lihavuus, aikuiset Käypä hoito-suositus, 2011.) Alentamalla painoa 5-10% voidaan diabeteksessa, kohonneessa verenpaineessa, veren rasvahäiriöissä ja muissa sairauksissa todeta huomattavaa paranemista. Laihduttamalla viskeraalinen rasva vähenee suhteessa ihonalaista rasvaa enemmän, mikä tehostaa laihduttamisen terveellistä vaikutusta. (Mustajoki, 2013.)



KUVA 2. Sä lupasit et kelpaan näin (Pylvänen, 2015.)

Lihavuuden hoito on Suomessa lääkäreiden sokea piste. Nimenomaan taloudellisesti ajatellen lihavuuden hoitoon sisältyy hämmästyttävän hyvä kustannus-hyötysuhde. Lihavuutta pidetään vaikeana, voimavaroja vievänä ja kalliina pitkäaikaissairautena. Yhteiskunnassa, joka suosii hoikkuutta, lihaviin suhtaudutaan syrjivästi ja negatiivisesti ja tätä asennetta esiintyy myös terveydenhuoltohenkilökunnassa. Mustajoki herätteleeikin artikkelissaan kysymään, ovatko asenteet ja ennakkoluulot, jotka näkyvät myös terveydenhuoltohenkilökunnassa yhtenä syynä lihavuuden hoidon laiminlyöntiin Suomessa. (Mustajoki, 1992, 1205.)

*Yksi kerta tulee mieleen eräistä pikkujouluista, jossa olin yhdessä kilpailussa lavalla. Tällä välin eräs naishenkilö oli yhtäkkiä ruvennut puhumaan siipalleni siitä, että tiedetäänkö me sitä jos painoindeksi ylittää 40 niin laihdutusleikkaukseen pääsee ilmaiseksi. Noh, eihän tässä mitään kun terveysalan ihminen kyseessä, mutta luulisi että ensin tervehdittäisiin ja esiteltäisiin ketä me ollaan kuka hän on ym. Jotenkin on jäänyt se mieleen...*

#### KOKEMUS 4



KUVA 3. Keskiviivalla (Pylvänen, 2015.)

Elämäntapamuutoksen avulla laihduttamista on tutkittu vähän. Tehdyissä tutkimuksissa seuranta-ajat ovat olleet pääsääntöisesti lyhyitä (4-13 viikkoa). Seuranta laihduttamisen jälkeen on puuttunut, eikä mittauksia ole tehty spesifeillä mittareilla. Seuranta-ajaltaan pisin laihtumistutkimus on ollut kahdeksan kuukautta. Tutkimus on toteutettu kahdella verrokkiryhmällä; ensimmäinen ryhmä on tavannut melko intensiivisesti ja noudattanut erittäin niukkaenergistä dieettiä, toinen ryhmä on ollut verrokkiryhmä, johon ei ole kohdistunut toimenpiteitä. Verrokkiryhmän paino ei tutkimuksessa muuttunut, ensimmäisen ryhmän paino muuttui kahdeksan kuukauden aikana 14%. (Kaukua, 2006, 1218.)



KUVA 4. Jäätelöauto (Pylvänen, 2015.)

Ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED) on syömishäiriöistä yleisin, sairaus esiintyy 2-3%:lla aikuisväestöstä. Naiset sairastavat BED:a useammin kuin miehet. Vaikka aikuisväestö on eniten sairastava ikäluokka, sairautta esiintyy väestössä myös aikuisikää nuoremmilla ja vanhemmilla. BED:a sairastava syö salaa suuria määriä ja suurella nopeudella. Suomeksi BED:istä puhutaankin ahmimishäiriönä. Ahmija itse kuvaa syömistään niin, että ahmimista ei pysty itse ahminnan aikana keskeyttämään. Sairaudesta puhutaan, kun ahmimista tapahtuu vähintään kaksi kertaa viikossa kuukausien ajan. On syytä erottaa, että kaikki ahmivat joskus, ja satunnainen ahminen on harmitonta. Ahmimishäiriötä sairastavalla on tyypillisesti historiassaan useita epäonnistuneita laihdutusyrityksiä. (Mustajoki, 2015.)

Lihavuuteen puuttumisessa hienovaraisuus on erittäin tärkeää. Asiantuntemus on olennaista, sillä usein ahmintahäiriötä sairastava on ylipainoinen, vaikka ajattelumallit ovatkin hyvin paljon anoreksiaan sairastavan ajattelumallien kaltaisia. Tätä ei osata lihavuuden hoidossa ottaa huomioon. Vaikka syömishäiriöt ovat diagnostiikaltaan hyvin erilaisia, ovat yksilön kokemusmaailmat hyvin samankaltaisia ja taustalla on samankaltaista ahdistusta ja psyykkistä pahoinvointia. (Syömishäiriöliitto, 2012.)

## 2 KEHONKUVA

Kehonkuvalla tarkoitetaan sitä, kuinka ihminen itse käsittää oman kehonsa. Tämä käsitys sisältää havainnot, tunteet, tuntemukset, uskomukset ja asenteet omasta kehosta.

Ihmisen oma kehonkuva ei välttämättä vastaa sitä, millainen keho on muiden ihmisten silmissä. (Tuimala, 2013).



KUVA 5. Tasapainossa (Pylvänen, 2015.)

### 2.1 Lihavuus ja kehonkuva

Lihavilla on usein huono itsetunto. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat aikaisemmat epäonnistuneet laihdutusyritykset, ympäristön asenne sekä yleinen kielteinen suhtautuminen lihavuuteen. Monet lihavat pitävät itseään lyhytjänteisinä ja saamattomina, koska he ovat edelleen lihavvia. Tämän kaltainen sisäinen puhe vaikuttaa suuresti yksilön voimavaroihin tehdä muutoksia elämäntapojensa suhteen. Lihavilla ihmisillä on taipumus ”mustavalkoiseen” ajatteluun. Kehonkuvaan tämä ajattelu vaikuttaa niin, että vasta huomattavan painon putoamisen jälkeen laihduttaja pystyy myöntämään itselleen tapahtuneen muutoksen ja antamaan siitä itselleen kiitosta. Mikäli painon putoaminen ei ole laihduttajan omasta mielestä riittävän nopeaa, on lihavalle tyypillistä syyllistää siitä itseään ja tuntea jopa häpeän tunteita. Samoja tuntemuksia aiheuttaa niin kutsuttu rep-sahdus, eli hetkellinen paluu entisiin elämäntapoihin. Koska kaikilla ihmisillä on olemassa sisäinen kuva omasta kehostaan, näin on myös lihavalla. Lihava tietää olevansa lihava, usein kehon kuva vastaa melko hyvin todellisuutta. Vaikka paino laskisi paljon-

kin laihdutettaessa ja keho ulkoisesti muuttuisi, kehonkuva ei usein eheydy samassa tahdissa ulkoisen olemuksen kanssa. Lihavalla kehonkuva ei aiheuta suuria pulmia, vaan aiheuttaa enemmänkin outoa oloa. (Mustajoki & Lappalainen, 2001, 110.)

*Tämä tyttö se on ruoka-aikaan ollut kotona!*

#### KOKEMUS 5



KUVA 6. Tuntematon keho (Pylvänen, 2015.)

Tätä kehittämistehtävää tehtäessä lihavan ihmisen kehonkuvaan liittyen ei ole ollut materiaalia löydettävissä, joten tähän aihealueeseen on haettu lisätietoa kokemuksista ja yksilön ajatuksista haastatellen.

*”Kehoni on aina ollut minulle vieras. En ole koskaan ollut tyytyväinen itseeni ja jotenkin aina vääränlainen. Muut on olleet kauniimpia ja timmimpiä kuin minä, en ole koskaan kokenut olevani kaunis enkä naisellinen. Teini-iässä tämä tuotti suurinta tuskaa, tunsin olevani ihan michelin-ukon näköinen kun muut oli beibejä. Myöhemmin kun on niitä kuvia kattonu, niin on tajunnu että on ollu ihan ku kaikki muutkin. Se on ollu vaan tunne. Raskausajat muutti kehonkuvaa tosi paljon, naiseus muuttui ja keho muuttui. Sitten vauva-aikaan ei ollu enää muuta kun maidonhajuinen äiti, tukka vähä lantässä ja aina jotenkin homssuinen. Ja pehmeä. Joka puolella raskauskiloja ja tunne että tässä sitä nyt ollaan. Nyt tuntuu, että ensimmäistä kertaa elä-*

*mässäni tiedän millainen ihminen olen. Miltä näytän ja minkä kokoinen olen.”*

#### KOKEMUS 6.

*”Kehonkuvani oli sellainen, että silloin isompana näin peilistä, ainakin vaatteet päällä, ihan hyvännäköisen naisen. Enkä oikeastaan pitänyt itseäni lihavana. Paino ja painoindeksi olivat jotain kummallisia lukuja, aika järkyttäviä, mutta ne ei mielestäni vastanneet sitä mitä olin. Koin siis itseni hoikemmaksi kuin olin. Valokuvissa totuus sitten näkyi ja niissä harvoissa kuvissa ihmettelin, et eikö musta saa parempia kuvia tai olenko mä oikeasti tuon näköinen. Ilman vaatteita tai huonosti istuvissa vaatteissa totuus oli sitten raadollisempi. Puristelin makkaroit, inhosin housunvyötärön yli pursuavia läskejä. Keho ei tuntunut seksikkäältä. Iso maha ahdisti. Suuri osa vaatteista tuntui epämukavilta eikä oikein ollut ”mitään päälle pantavaa”. Nyt oma keho tuntuu paremmalta ja näyttää myös. Olen löytänyt palan naiseellisuuttani takaisin. Peilistä minua katsoo kauniimpi ja itsevarmempi nainen.”*

#### KOKEMUS 7.

## 2.2 Lihava ihminen yhteiskunnassa

*”Jos lihavalle ihmiselle annetaan vain yksi tie, laihtuminen, tulla muiden hyväksymäksi ja päästä terveiden kirjoihin, se luokittelee hänet heti ihmisenä keskeneräiseksi. Hänen elämänsä on ainaista odotusta, vajaampaa ja vähäisempää kuin hoikilla. Häneltä on estetty mahdollisuus onneen juuri nyt, hänen aikansa ei koita, jollei hän muutu. Hän elää terveystiedon kaapuun puetun hoikkuudenpalvelon valtakunnassa.” (Hiltunen, 2013, 40.)*

Lihavuuteen liittyviä negatiivisia miellelyhtymiä kohdistuu enemmän naisiin kuin miehiin. Myös miehiin kohdistuva ulkonäöllinen leimaaminen on yleistynyt. Lihavia naisia syrjitään, leimataan ja pidetään vähemmän viettävinä kaiken ikäisenä, mutta ihmisen ikääntyessä nämä yleistykset kuitenkin laimenevat. Lihavuus on mielenkiintoinen sairaus; koska se ei tee kantajastaan kalpeaa tai voipunutta, ei sairautta voi romantisoida ja lihavan ajatellaan aiheuttaneen tilansa itse. Lihavuudesta puhutaan usein sotametaforia

käyttäen, jolla myös vaikutetaan siihen, miten lihavista ajatellaan. Puhuttaessa sodankäynnistä lihavuutta vastaan, samalla tehdään lihavasta vihollinen. Lihava mielletään tutkimusten mukaan muun muassa heikkotahtoiseksi, sairaaksi, neuroottiseksi, laiskaksi, surulliseksi, pahaksi, tietämättömäksi ja rumaksi. Lihavuuden ajatellaan kertovan yksilön tehottomuudesta, huonosta terveydestä, tahdonpuutteesta ja henkilökohtaisesta epäonnistumisesta. Stereotyyppiseen ajatteluun lihavista vaikuttaa myös, että myös lihavat ihmiset kohdistavat samanlaista ajattelua toisia lihavia ihmisiä kohtaan. (Hänninen, 2010, 21-22.)

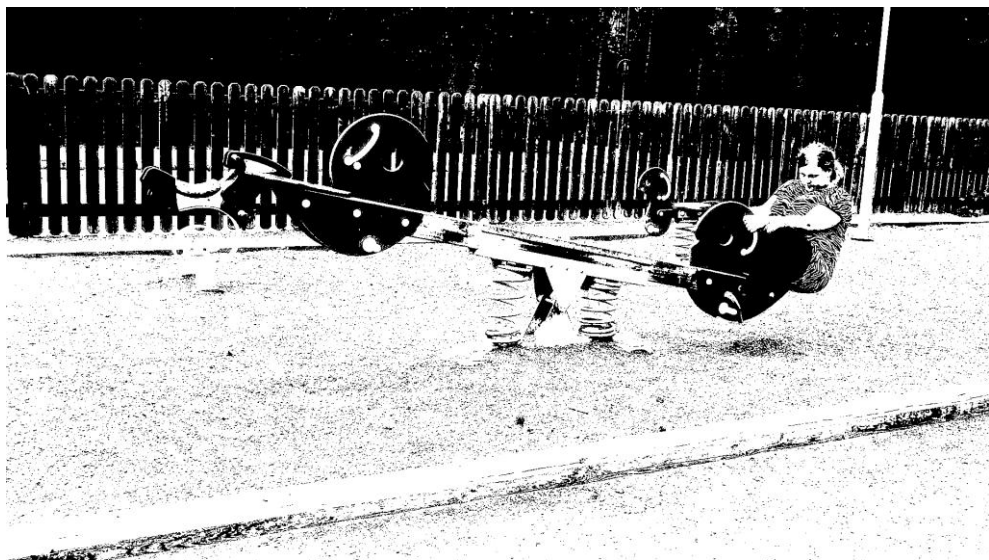
Lihavuudesta on tullut merkittävä kaupallisen toiminnan kohde. Laihduttamiseen liittyvä mainonta on yleistä ja stereotyyppistä: mainoksissa esiintyvät nuoret ja laihat naiset, jotka ovat kuvattuna vapaa-ajan ympäristössä ilman lapsia. Mikäli mainoksessa esiintyy naisen lisäksi mies, hänen roolinsa on katsella tätä edellä mainittua naista ihailevasti. Mainoksissa luvataan nopeaa painon putoamista helposti. (Hänninen, 2010, 31.)



### 3 KÄYTETYT ARVIOINTITYÖKALUT

Tässä kehittämistehtävässä tarkastellaan lihavan ihmisen subjektiivista kokemusta itses-  
tään sekä ryhmä- että yksilömuotoisessa psykofyysisessä fysioterapiassa. Kokemusta  
itsestä on tarkasteltu erilaisista syömishäiriötä tutkivista kaavakkeista modifioidulla  
tutkimuslomakkeella (LIITE 2) sekä The Body Attitude Test (BAT) kehoasennetestillä  
(LIITE 3). Modifioitua tutkimuslomaketta on käytetty alkutilanteen kartoitukseen ta-  
voitteena saada tietoa asiakkaiden lähtötilanteesta ryhmän suunnittelua varten. Ryhmä-  
tapaamisten runko (TAULUKKO 2) on suunniteltu näistä kyselyistä saatua tietoa hyö-  
dyntäen. Kehoasennetestillä on tarkasteltu ryhmän asiakkaiden ja ensimmäisen yksilö-  
asiakkaan omaan itseän kohdistuneiden asenteiden muuttumista.

Arviointityökaluina on edellä mainittujen lisäksi käytetty vapaamuotoisia yksilöhaastat-  
teluja, ryhmäkeskusteluja, inspektointia sekä kirjoittamista. Ryhmässä jokaiseen tapaa-  
miseen on liittynyt ryhmäkeskustelua. Inspektointi on tapahtunut sekä yksilö- että ryh-  
mätilanteissa. Kirjoittaminen terapeutin antamiin kysymyksiin vastaten on toteutunut  
kaikkien asiakkaiden kanssa, niin ryhmässä kuin yksilöasiakkaillakin. Kirjoittaminen on  
osoittautunut asiakkaille hyväksi tavaksi tuoda terapeutin tietoon mieltä askarruttavia  
asioita. Ryhmäläisten antaman palautteen mukaan kirjoittamalla on ollut helpompaa  
ilmaista itseään kuin ryhmäkeskusteluissa olisi ollut. Yksilöasiakkaiden kanssa kirjoit-  
taminen on ollut pohtivaa ja keskustelua syventävää, niinkään asiakkaasta ei ole kirjoj-  
tustehtävien kautta tullut uutta tietoa terapeutille.



KUVA 7. Minä keinun minun kanssani (Pylvänen, 2015.)

## 4 RYHMÄMUOTOINEN PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Ryhmämuotoisen psykofyysisen fysioterapian 11 asiakasta päätyivät ryhmäläisiksi sosiaalisen median kautta julkaistun ilmoituksen kautta. Ilmoituksessa esiteltiin lyhyesti psykofyysinen fysioterapia ja ilmoitettiin, mitä tavoitetta varten vapaaehtoisten lihaviiden naisten ryhmä kootaan. Ilmoitus ryhmästä oli facebook-ryhmässä ”Lahden alueen äidit” 14 minuuttia, jona aikana yksityisviestejä tuli 52 kappaletta. Poisjääntejä tuli pääsääntöisesti aikataulullisista syistä, useat yhteyttä ottaneet eivät ilmoittaneet syytä poisjäännilleen.

Ryhmän nimeksi muotoutui ”Ihanaiset Naiset 2015”. Alun karsiutumisen jälkeen ryhmään osallistui 11 eri-ikäistä ja -kokoista naista. Puolen vuoden aikana ryhmäläisistä neljä on lopettanut ryhmän kesken. Seitsemän naista on ollut mukana alusta loppuun. Ensimmäinen ryhmästä poisjäänti tapahtui jo ensimmäisen ryhmäkerran jälkeen. Ensimmäisen poisjäännin yhteydessä selkeni, ettei ryhmä täydennyt vaan ryhmäläisten määrä vähenee poisjääntien vuoksi. Päätökseen ryhmän keskeyttämisestä on ollut useita syitä; yksi ei ilmoittanut syytä, kahdella ryhmäläisistä syy oli henkilökohtainen ja yksi oli tyytymätön ryhmään sekä käytettyihin harjoituksiin.



KUVA 8. Ihanaiset naiset (Pylvänen, 2015.)

### 4.1 Ryhmän sisältö

Ryhmän sisältö ja tavoitteet on määritetty ja suunniteltu etukäteen. Tapaamisissa on keskitytty harjoituksiin ja keskusteluun. Kirjalliset tehtävät ovat olleet välitehtäviä, joita ryhmäläiset ovat tehneet ryhmätapaamisten väliajoilla annettujen ohjeiden ja valmiiden kysymysten avulla itsenäisesti. Ryhmätapaamisten sisällöt ovat noudattaneet suunnitelmaa hyvin, ja valtaosa ryhmäläisistä on ollut aktiivisia annettujen välitehtävien tekemisessä. Ryhmässä on paneuduttu kehon kuvaan ja kehon viesteihin. Syömisen osalta aktiivisessa roolissa on ollut tietoisien syömisen harjoitteet, ei perinteinen ruokavalio-ohjaus. Liikunnassa on keskitytty kehon antamiin viesteihin, liikunnan merkitykseen painon hallinnassa sekä siihen, miksi ihmisen tulee liikkua ja mikä liikuttaa. Liikunnassa suurin huomio on ollut ryhmän ajan arkiliikunnan merkityksessä ja lisäämisessä. Ryhmäläisten kanssa on keskusteltu sekä kahden kesken että ryhmänä. Avoimet ennalta suunnittelemat keskustelut ovat olleet hyvä tapa käydä läpi akuutteja asioita ryhmässä, ja keskustelut ovat koko ryhmän ajan antaneet arvokasta tietoa terapeutille ryhmäläisten sen hetkisestä tilanteesta.

Seuraavana TAULUKKO 2, jossa esitellään ryhmän runko: tapaamiskerrat ja sisällöt. Tämän jälkeen esimerkinomaisesti kotitehtävä kehon kuuntelusta ”Antakaa armoa” sekä tietoisien syömisen harjoitteen kuvailu tapaamiskerralta kaksi. Sekä kotitehtävä kehon kuuntelusta, että tietoisien syömisen harjoite ovat terapeutin omaa tuotosta.

TAULUKKO 2. Kuvaus ryhmätoteutuksesta.

<b>Ryhmän ”Ihanaiset naiset 2015” tapaamiskerrat ja sisällöt</b>		
1. Tapaaminen 2h	29.3.2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esittelyt</li> <li>✓ Ryhmän tarkoitus ja tavoite</li> <li>✓ Tietoinen syöminen, aiheen istutus ryhmäläisille</li> <li>✓ Alkumittaukset (kysely+mitat)</li> <li>✓ Kotitehtävä seuraavalle kerralle</li> </ul>
2. Tapaaminen 2h	19.4.2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kotitehtävän purku</li> <li>✓ Tietoinen syöminen ja syömiseen liittyvät tunteet</li> <li>✓ Ryhmytyminen</li> <li>✓ Kotitehtävä seuraavalle kerralle</li> </ul>
3. Tapaaminen 2h	17.5.2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kotitehtävän purku</li> <li>✓ Liikunta</li> <li>✓ Kotitehtävä seuraavalle kerralle</li> </ul>
4. Tapaaminen 2h	7.6.2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kotitehtävän purku</li> <li>✓ Tietoinen syöminen</li> </ul>

		✓ Tietoisuusharjoitteet ✓ Kotitehtävä seuraavalle kerralle
5. Tapaaminen 2h	26.7.2015	✓ Kotitehtävän purku ✓ Tietoisuus omasta kehosta ✓ Kotitehtävä seuraavalle kerralle
6. Tapaaminen 2h	6.9.2015	✓ Kuluneen puolen vuoden tarkastelu keskustellen ✓ Palautteet ryhmäläisille

#### 4.1.1 Esimerkkinä kotitehtävä ryhmälle

##### ANTAKAA ARMOA

Jokaisen ihmisen keho on erilainen ja yksilöllinen. Sinun kehosi kuuluu vain sinulle ja on osa sinua. Näin ollen myös sinun kehonkuvasi kuuluu vain sinulle ja on sinun omasi. On oltava itselleen armollinen, mutta sen taakse ei saa piiloutua. Itselleen armollisuus ei tarkoita sitä, että antaa itselleen luvan olla liikkumatta tai antaa luvan itselleen syödä mitä tahansa. Omalle keholleen armollisena oleminen on sitä, että antaa keholle sitä, mitä se kaipaa ja pyytää sinulta. Tuntuuko tässä kohtaa vielä vaikealta? Mitä sinun kehosi pyytäisi, jos se osaisi puhua? Keho haluaa kantaa sinua ja palvella sinua, viedä sinut sinne, minne sinä haluat mennä sekä edustaa sinua toisten katseiden edessä ylpeänä loistaen. Oletko sinä antanut kehollesi tilaisuuden? Oletko ollut omalle kehollesi reilu ja oikeudenmukainen?

Jos oman kehon kuuntelu ja sen ymmärtäminen tuntuu vielä vieraalta, niin tehdään siitä konkreettisempaa. Voit tutustua siihen niin, että menet peilin eteen seisomaan. Voit sanoa kehollesi ”Hei”. Jos tämäkin tuntuu vaikealta, niin voit ensin ajatella kehosi vierellesi toisena sinuna, parhaana ja läheisimpänä ystävänäsi. Kuinka sinä puhut ystäville? Ethän koskaan nauraisi ja pilkkaisi, ethän ottaisi mahamakkaroista kiinni ja sanoisi, että kun näitä ei olisi. Älä tee niin myöskään omalle kehollesi, jonka tulisi olla paras ystäväsi. Jos ystävälläsi on paha päivä ja huono olla niin työntäisitkö hänet täyteen suklaata, aina huonoon oloon saakka? Et varmasti koskaan tekisi niin. Jos ystäväsi sanoisi, että hänellä on jano ja siksi kamalan väsynyt olo, kieltäisitkö häneltä veden? Antaisit hänelle vettä vain yhden lasillisen päivässä, kun muuten pitää vessassa koko ajan juosta? Jos ystäväsi sanoo, että kaipaa rauhoittumista, veisitkö hänet metsään kävelylle ja antaisit hänen hengittää rauhallisesti vai hoitaisitko häntä ennemmin rasvaisella ilta-aterialla?

Kun annat tälle uudelle ystävällesi tilaisuuden esittäytyä ja kuuntelet, mitä hänellä on sanottavaa, alat ymmärtää millaista teidän elämäne voisi yhdessä olla. Anna armoa, älä pakota ystävääsi siihen, mihin hänellä ei ole valmiuksia. Jos keho puhuisi, hän sanoisi sinulle, että toimiakseen hän haluaa vakaannuttaa itsensä biologiseen keskipainoonsa, jossa keho toimii kaikista optimaalisimmin. Ja sitten siihen tehtävään. Kun tätä sinun uutta ystävääsi kommentoidaan hyvässä tai pahassa, laita kommentteja itsellesi mahdollisimman sanatarkasti ylös, jotka sinuun osuu ja kolahtaa. Kirjaa myös ylös, mitä kommentti sinussa herätti ja miltä se tuntui. Lähetä sitten kirjoituksesi minulle viimeistään 15.4.2015 mennessä.

#### **4.1.2 Esimerkkinä tietoisien syömisen harjoite ryhmässä**

Toisella tapaamiskerralla ryhmän aiheena oli tietoinen syöminen. Koska tämän tyyppistä ryhmää ei ole missään aikaisemmin toteutettu, oli harjoituksia mietittäessä käytettävä ”luovaa hulluutta”. Toisessa ryhmätapaamisessa teimme tietoisien syömisen harjoitteen pitäen avec-kutsut. Ryhmäläiset saivat etukäteen ohjeistuksen ottaa mukaansa ryhmään avecin; sen herkun, johon herkkulakko aina kariutuu, sen rakkaimman herkun, jota on tullut syötyä kerran jos toisenkin. Etukäteen tuli miettiä, onko tällä avecilla jokin kutsumanimi, kuinka usein tätä avecia tapaa, millaisissa tilanteissa tähän aveciin turvautuu, kuinka kauan avecin on tuntenut ja niin edelleen. Pöydän ääressä istuen ryhmäläiset esittelivät avecinsa. Koska ryhmä oli melko ”rempseä”, ei kukaan voinut esittelyjä kuunnella hymyilemättä. Esittely tapahtui ensin vapaasti, jonka jälkeen keskityimme keuhollisuuteen. Millä tavoin oma ulosanti muuttuisi, jos pöydän ääressä istuisi eri henkilöitä kuten esimies tai oma puoliso? Muuttuisiko oma tyyli puhua ja tuottaa esittelyä, mitä omassa kehossa tapahtuisi? Miltä tuntuu esitellä oma avec ja kertoa, kuinka läsnä avec on omassa elämässä ollut? Lopuksi tuli aika sanoa tälle vanhalle ystävälle, avecille, ”Näkemiin” ja tehdä selväksi, että nyt on aika jatkaa elämää eri suuntiin. Ryhmäläiset sinetöivät lasipurkkeihin kotona oman avecinsa ja jakoivat ryhmän omalla Facebook- sivulla kuvia sinetöinneistään.

#### **4.2 Tulokset terapeutin näkökulmasta**



KUVA 9. Arvokkaat (Pylvänen, 2015.)

Suurin saavutettu tulos terapeutin mielestä ryhmäfyysioterapiassa on seitsemän upeaa, itsevarmempaa, liikunnallisempaa ja kehotietoisempaa naista. On ollut kunnia seurata, kuinka ryhmäläisten itsevarmuus on kasvanut, kuinka inspektoiden heidän hengityksensä ja ryhtinsä on muuttunut ja kuinka heidän subjektiivinen kokemus itsestään on eheytyntyt. Osalla ryhmäläisistä muutos on suurempaa kuin toisilla, mutta jokainen ryhmäläinen on muuttunut puolen vuoden aikana. Niillä, joilla nyt muutos on vähäisempää, prosessi on selvästi kesken, mutta silti nähtävissä. Niillä, joilla muutos on suurempaa, on ollut valmiuksia ja voimavaroja selvästi enemmän tämän kaltaiseen projektiin kuin niillä, joilla tapahtunut muutos jäi vähäisemmäksi.

*”Kato minua! Enkö ookin ihan kaunis? Oon aina luullu että oon tosi rumma!”*

#### KOKEMUS 8

Kehon paino on laskenut osalla enemmän kuin toisilla, tässä on selvästi nähtävissä yksilön voimavarojen merkitys painon alenemiseen. Mikäli ryhmässä suurempaa roolia esittäisi painon alentamisen tavoite, tulisi ryhmän sisällöt ja käytetyt harjoitteet suunnitella eri tavoin.

TAULUKOSSA 3 esittelen BAT kehoasennekyselyn (LIITE 4) pisteiden ja kehon painon muutoksen niiden asiakkaiden kohdalta, jotka ovat olleet paikalla sekä alku- että

loppumittauksen aikana. Kehoasennekyselyssä maksimipistemäärä on 100 pistettä: mitä isompi pistemäärä on yhteenlaskettuna, sitä enemmän poikkeava kehollinen asenne on.

TAULUKKO 2. Asiakkaiden kehoasennepisteiden ja painon muutokset.

	Alkumittaus BAT	Loppumittaus BAT	Erotus BAT- pisteissä	Painon muu- tos
Asiakas 1	44/100	28/100	16 pistettä	-7,8kg
Asiakas 2	71/100	49/100	22 pistettä	+2,9kg
Asiakas 3	87/100	48/100	39 pistettä	-6,1kg
Asiakas 4	47/100	35/100	12 pistettä	+5,8kg

## 5 YKSILÖMUOTOINEN PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Yksilömuotoisessa fysioterapiassa tarkastellaan kahta erilaista lähestymistapaa. Koska asiakkaita on vain kaksi, ei tulos ole yleistettävissä. Tätä uudenlaista lähestymistapaa toteutettaessa oli ensin tarkoituksena tarkastella ainoastaan ryhmämuotoisen psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta. Lihavuuden käypä hoito- suosituksen mukainen lihavuuden hoidon malli kuitenkin osoittautui niin kiinnostavaksi, että tarkasteluun otettiin lisäksi yksilöllisen psykofyysisen fysioterapian aspekti verrattuna Suomessa vallitsevaan hoitomalliin, joka on esitelty työn teoriaosuudessa kappaleessa 2.2. Yksilöasiakkaat valikoituivat myös facebook- ilmoituksen kautta.

Ensimmäisen asiakkaan kanssa on edetty psykofyysisen fysioterapian keinoin. Toisen asiakkaan kanssa on tietoisesti rajattu pois kehonkuvaan liittyvä työskentely, viiden viikon ajan on edetty Lihavuus (aikuiset) Käypä hoito- suosituksen (2011) mukaisesti pelkästään liikuntaan ja ravintoon liittyvällä neuvonnalla. Ensimmäisen yksilöasiakkaan kanssa on edetty fysioterapiassa suunnitellusti psykofyysisen fysioterapian keinoin. Toisen yksilöasiakkaan kanssa on edetty spontaanisti ja asiakaslähtöisesti, otettu keskusteluun ja käsittelyyn asiakkaasta nousevia aiheita.

### 5.1 Ensimmäinen yksilöasiakas

Ensimmäinen yksilöasiakas on 31-vuotias nainen, hänellä on kaksi lasta, elää avioliitossa. Asiakas työskentelee lähihoitajana geriatriisessa hoitotyössä. Perussairauksia ja säännöllisiä lääkityksiä hänellä ei ole. Pituus on 170cm, paino 99,8kg, BMI 34,6. Alkuhaastattelussa kertoo muutaman kerran viikossa kokevansa väsymystä, jännitystä ja kauhun tunnetta. Kuvailee kehoaan pääsääntöisesti negatiiviseen sävyyn. Liikkujana kokee olevansa keskivertotasoa, kuvailee itsensä arkiliikkujaksi. Ruokailutottumuksissa on huomattavasti korjattavaa. Rentoutumiskeinoja osaa nimetä, osa näistä liittyy ruokaan. Nukkumisrytmi on kohtalaisen tyypillinen vuorotyöläisen rytmi. Kokee muiden ajattelevan hänet laiskana ja hyvin syöneenä. Pohtii, että saattaa antaa vaikutuksen, että on sinut itsensä kanssa. Tavoitteekseen asettaa painon pudotuksen ja itsensä hyväksymisen. Alkututkimuksessa tulee esiin epävarmuutta omaa kehoa kohtaan. Antaa itsestään huumorintajuista ja hersyvän vaikutelman. Kehoaan ja itsetuntoaan suojaa korostuneella vartalon ojennuksella. Hengitys on herkästi pinnallista, sympaattisen hermoston oireita näkyy. Helposti lähestyttävä nainen.



*”Siis miten sulla voi olla noin hyvännäkönen mies?”*

KOKEMUS 9.

### 5.1.1 Toteutus ja tulokset

Ensimmäisen yksilöasiakkaan kanssa on tavattu noin kerran viikossa, yhteensä puolen vuoden ajan. Tapaamisissa on keskusteltu ravinnosta, ruokarytmistä, kehon viestien kuuntelemisesta, arkiliikunnasta sekä liikunnasta harrastuksena. Tapaamisissa on tehty tietoisuusharjoitteita, kehollisia harjoitteita ja keskustellen käyty kehollisia tuntemuksia läpi. Menetelminä on käytetty myös videointia ja valokuvausta kehonkuvatyöskentelyssä. Asiakas on erittäin tunnollinen ja vastaanottava nainen. Suurimpana haasteena on ollut, että asiakkaalla on ollut ennen tätä terapiajaksoa pitkään jatkunut Cambridge-kuuri, joka on sotkenut asiakkaan aineenvaihdunnan suuresti. Motivointi on ollut vaikeaa, koska kehon aineenvaihdunta on selvästi tasaantumisvaiheessa. Vaikka asiakas on tehnyt harjoitukset tunnollisesti ja on yrittänyt parhaansa, paino ei ole juurikaan tämän puolen vuoden terapiajakson aikana pudonnut. Aikaisempaa liikuntaharrastamista ei ole ollut, liikkuminen on ollut arkiliikuntaa.

Puolen vuoden aikana asiakkaan kehon koostumus ja lihaksisto on muuttunut inspektoiden suuresti. Suurimmat tulokset on saavutettu asiakkaan kehonkuvan suhteen. Asiakas on oman kertomansa mukaan alkanut arvostaa omaa kehoaan ja näkee kehonsa realistisesti. Arvostuksen hän kokee näyttäytyvän erityisesti ryhdin muutoksissa, hengityksen vapautumisena, asiakkaan pukeutumisessa ja seksuaalisuuden heräämisenä. Asiakas on havainnut kehossaan seksuaalisuutta, joka heijastuu oman hyvän olon lisäksi myös asiakkaan parisuhteen hyvinvointiin. Lähipiiri on tukenut asiakasta puolen vuoden ajan erittäin hyvin, ja asiakas on saanut muuttuneesta olemuksestaan paljon positiivista palautetta lähipiiriltään.

Terapiajakson päättymisen asiakas kokee haikeana, hän kuvaa saaneensa enemmän kuin olisi voinut etukäteen olettaa. Vaikka kehon paino ei ole pudonnut, asiakas kokee tyytyväisyyden itseään kohtaan lisääntyneen ja hän näkee itsensä positiivisemmalla tavalla. Tämä näkyy armollisuutena itseä kohtaan ja rohkeutena olla oma itsensä. Aikaisemmin asiakas koki, ettei uskaltanut tuoda itseään esille. Nykyisin hän pukeutuu rohkeammin,

kokee olevansa ryhdikkäämpi ja kantavansa kilojaan arvokkaasti. Puoli vuotta aikaisemmin hän kokee häpeilleensä itseään. Syömisen suhteen hän kokee kuuntelevansa kehon viestejä, mutta tunnistaa edelleen tunnesyömistä omassa käytöksessään. Liikuntatottumukset ovat muuttuneet paljon; asiakas on nykyisin liikunnallisempi ja tunnistaa itse etenkin arkiliikunnan lisääntyneen. Hän pitää ja nauttii sekä aerobisesta että anaerobisesta liikunnasta. Lyhyesti asiakas kiteyttää ”Tämä oli juuri sitä mitä tarvitsin!”.



KUVA 10. Paljas (Pylvänen, 2015.)

## 5.2 Toinen yksilöasiakas

Kolmantena tarkastelun kohteena on toinen yksilöasiakas. Toisen yksilöasiakkaan kanssa terapiajaksolla ei ole tavattu olleenkaan, vaan kaikki ohjaus ja neuvonta on tapahtunut puhelimitse noin kaksi kertaa viikossa tunnin ajan kerrallaan. Terapia-aika on myös lyhyempi kuin muiden asiakkaiden kanssa. Tämä jakso on kestänyt viisi viikkoa, kun verraten sekä ryhmämuotoinen terapia, että ensimmäisen yksilöasiakkaan terapiajaksot ovat kestäneet puoli vuotta. Viiden kuukauden päästä aloittamisesta on toteutettu seurantakeskustelu, jolloin on käyty läpi asioita, joita asiakkaalle on tullut yhteisen ajan jälkeen eteen, ja on keskusteltu myös jatkosta.

Asiakas on 29-vuotias nainen. Hän elää parisuhteessa. Asiakkaalla ei ole lapsia, eikä synnytyksiä. Paino aloitushetkellä 126,7kg, pituus 163cm; BMI 47.69 (sairaalainen ylipaino). Asiakkaalla on ilmennyt työterveyshuollon tarkastuksessa veren sokeriarvojen heittelemistä jo aikaisemmin, tämä istuttanut ajatusta elämäntapamuutoksesta. Asiakas on mielialaltaan iloinen, ylipainoon liittyvissä asioissa käyttää defenssinään

huumoria. Asiakas ei ole ensin kiinnostunut aloittamaan tämän kaltaista projektia, kuitenkin harkintavaiheen jälkeen on halukas yrittämään. Tämän suhteen tuo selvästi esiin epäonnistumisen pelkonsa, ja lisäksi tulee heti ilmi hallinnan tarve asiakkaalla; haluaa kontrolloida yhteydenpitoa ja ottaa käyttöönsä työkaluja, jotka poikkeavat terapeutin tarjoamista.

Asiakas aloittaa matkansa innokkaasti sisäistettyään aiheen ja muutettuaan käytännöt mieleisekseen. Ruokailutottumukset asiakkaalla tuntuu muuttuneen jo alussa radikaalisti, asiakas on ottanut paljon uusia ruoka-aineita ennakkoluulottomasti käyttöön ja todella paneutunut projektiinsa. Asiakas tekee paljon asianmukaisia huomioita mielihaluihinsa, tunnistaa mikä on tarpeellista ja mikä ei ole. Liikunta lisääntynyt arkiliikunnasta merkittävästi, käy joka päivä ulkoilemassa lähinnä pyöräillen. Viiden viikon aikana aktiivisena olleet aiheet ovat olleet seuraavia:

- Kalorit ja päivittäinen kalorinsaanti
- Arjesta poikkeavat tilanteet; lomareissut, juhlat etc.
- Ruoka-aineiden ravintoarvot
- Päivittäinen aktiivisuus, arkiliikunta
- Aerobinen pitkäkestoinen harjoittelu
- Pakkoliikunta, lepopäivien merkitys keholle
- Liikunnan ja ruokavalion merkitys yleiseen vireystilaan.

*”Kirjauduin netissä toimivaan laihdutuspalveluun, jossa oli mainostettu kolmen kuukauden mittaista ilmaista aloitusjaksoa. Olin harkinnut liittymistä pitkään, kynnys aloittaa oli suuri. Ensimmäisenä palvelimeen kirjattiin omat tiedot, joissa oli myös pituus ja paino. Laitoin tiedot ja ruutuun lävähti, että ikävä kyllä olet niin lihava, ettemme voi auttaa sinua. Ota yhteys lääkäriin. No en ottanut lääkäriin yhteyttä, mutta heräsi tunne että olen niin jumalattoman läski ettei kukaan voi minua enää ikinä auttaa ja olen aina vaan tämmönen.”*

KOKEMUS 10.

### 5.2.1 Toteutus ja tulokset

Painon kehitys viiden viikon aikana -10,7kg, paino lopuksi tasan 116kg. BMI kehitys: aloitus 47.69, lopetus 43.66. Loppukeskustelussa käyty läpi viittä viikkoa taaksepäin katsoen. Asiakas pystyy olemaan ylpeä saavutuksestaan. Suunnitelma tulevasta on hy-

vä, asiakas pystyy suunnittelemaan kauaskatseisestikin painonhallintaansa. Itsestään asiakas puhuu paljon positiivisempaan sävyyn, ei verhoudu puheessaan enää huumorin taakse, eikä itseen kohdistuvaa pilkkaa esiinny keskustellessa niin paljon kuin alussa. Näkee itsessään tapahtuneen muutoksen, ja osaa iloita lähipiirin ihmisten antamasta positiivisesta palautteesta omaa itseään ja muuttunutta olemusta kohtaan. Seurantapuhe-lu suoritettiin viisi kuukautta terapiajakson alkamisesta. Asiakas painaa 107,3kg; BMI 40.39. (Paino aloitushetkellä 126,7kg; BMI 47.69.) Painon aleneminen on tasaantunut, viidessä kuukaudessa kiloina painoa on lähtenyt yhteensä 19,4kg. Asiakas harrastaa liikuntaa edelleen lähes päivittäin, sekä tarkkailee saatuja kalorimääriä. Paluuta entiseen elämäntapaan on kuultavissa jonkin verran, mutta kuitenkin melko vähän. Ruoka ei si-sällöllisesti ole enää niin tiukasti säännösteltyä, vaan ruokavalio sisältää myös herkkuja. Asiakas seuraa päivittäistä kalorien saantiaan kännykän sovelluksella, jonka avulla pitää ruokapäiväkirjaansa. Tästä ei koe vielä olevansa valmis luopumaan. Kehonkuva ei juuri ole viidessä kuukaudessa muuttunut, asiakas kuvailee tuntevansa itsensä lähesyhtä liha-vaksi kuin alussakin. Kertoo, että vaikka vaatteet ovat jo käyneet isoiksi, tuntuu, että silti on yhtä lihava. Erityisenä häiritsevästä kohtana kehostaan mainitsee vatsan seudun. Kertoo tuntevansa, että tutut ihmiset tarkkailevat hänen vartalooaan. Kertoo saaneensa paljon palautetta muuttuneesta olemuksestaan, kokee kuitenkin että tämä saattaa olla vaan ilkeilyä. Uskoo kuitenkin joidenkin mainitsijoiden olevan rehellisiä sanomises-saan, että olemus todella on muuttunut. Asiakas on kohdannut terapianjakson aikana omia pelkojaan ja ennakkoasenteitaan sekä pohtinut paljon omaa syömis- ja liikunta-käyttäytymistään aina lapsuuteen saakka. Motivoituminen ja sitoutuminen on ollut ihail-tavaa, terapeuttina voi asiakkaasta olla todella ylpeä. Asiakas aikoo jatkaa aloittamaansa matkaa edelleen eteenpäin. Hän kokee painon alenemisen tahdin olevan hyvä ja itsel-leen sopiva.

### 5.2.2 Päätöshaastattelu

Päätöshaastattelu toteutettiin viiden viikon kuluttua terapiajakson alkamisesta.

Kysymys: Oliko tällaiseen matkaan helppoa ryhtyä?

Vastaus: *”Ei ollut. Takana on ollut useita epäonnistumisen kokemuksia, joten oman päättäväisyyden etsimisen kanssa sai tehdä töitä. Haaveena on kuitenkin pidempään ollut elämäntapamuutos, joten kipinä löytyi pohdiskelujen jälkeen”*

K: Millaista tukea olet tämän matkan aikana saanut itsellesi?

V: *"Henkistä tukea; on saanut purkaa ajatuksiaan ja toinen on herätellyt miettimään erilaisia valintoja ja kysymyksiä omassa elämäntavassani. Myös asiatietoa olen saanut, itsellä ei ole ollut tiedossa esim. ruokien sisällöt tai kuinka paljon kaloreita pitää päivässä saada."*

K: Millaista tukea olisit tällä matkalla kaivannut lisää?

V: *"Mielestäni tuki on ollut riittävää. Olen luonteeltani hyvin itsepäinen, joten liika painostaminen olisi voinut johtaa negatiivisiin tuloksiin."*

K: Mitkä asiat ovat auttaneet sinua sitoutumaan ja motivoitumaan tähän matkaan?

V: *"Oman elämäntavan miettiminen ja palaute ystäviltä."*

K: Suositteletko tämän kaltaista matkaa muille ihmisille?

V: *"Kyllä suosittelen. Jokaisen pitää vaan itse löytää se kipinä ja tahtotila, elämäntapamuutokseen ei pysty kukaan toinen pakottamaan. Kannustamaan ja ohjaamaan kyllä."*

K: Millä tavoin olet ajatellut jatkavasi tätä matkaa tästä eteenpäin?

V: *"Tavoitteena on jatkaa samaan malliin; syödä terveellisesti ja monipuolisesti, katsoen ruokien ravintoarvoja. Liikkuminen on tullut jokapäiväiseksi tavaksi, eikä ole enää pakkopullaa, joten sitä aion myös jatkaa. En ole ajatellut tätä matkaa minkäänlaisena "kuurina", vaan muutoksena, jossa aion pysyä loppu elämäni."*

K: Onko suhtautumisesi painon hallintaan tällä matkalla muuttunut ja jos on niin miten?

V: *"On. Nykyään enemmän miettii, mitä suuhunsa laittaa ja mitä terveellisempää samalla kalorimäärällä olisi voinut syödä. Myös ravinto on muuttunut monipuolisemmaksi. On itse tiedostanut, mitä on tehnyt edellisinä vuosina väärin ja olen pyrkinyt välttämään näitä samoja virheitä. Painonhallinta ei ole enää pakko pullaa, vaan sen on ottanut elämän tyylikseen. Liikunta on myös tullut jokapäiväiseksi."*



KUVA 11. Tyytyväinen (Pylvänen, 2015.)

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kehittämistehtävääni varten olen haastatellut kuuttatoista lihavaa naista, osa haastatelluista on ollut ryhmämuotoisen psykofyysisen fysioterapian asiakkaita, osa yksilöasiakkaita sekä naisia, jotka ovat ottaneet minuun yhteyttä Facebook- ilmoituksen vuoksi. Seuraavana esittelen lihavuuden näkökulman haastatteluaineistoni perusteella. Nämä tulokset ovat yleisluontoisia eivätkä yleistettävissä. Tuon haastattelujen tulokset esiin tässä kuvaamaan yleisesti lihavuutta naisilla.

- Kaikilla (16/16) on aikaisempia laihdutusyrityksiä enemmän kuin yksi.
- Kaikilla (16/16) löytyy historiasta kokemuksia, joissa kokemus omasta itsestä on haavoittunut toisten ihmisten sanomisten vuoksi. Useimmiten tämä kokemus liittyi ulkoisen olemuksen arvosteluun.
- Useimmat (15/16) haastatellut nimesivät pulleimmaksi kohdaksi kehossaan vatsan alueen.
- Useimmilla (15/16) haastatelluilla on oman arvionsa mukaan ongelmia itsetunnon kanssa.
- Useat (15/16) haastatellut nimesivät äitinsä painoan nostavaksi tekijäksi tavalla tai toisella.
- Useimmilla (13/16) haastatelluilla näyttäytyi mustavalkoista ajattelua.
- Useat (11/16) haastatellut käyttäytyivät ”rempseästi” ja suorapuheisesti.
- Useat (10/16) nimeävät tavoitteekseen omasta kehosta tykkäämisen tai omassa kehossaan viihtymisen.
- Useat (9/16) haastatellut on keskusteltaessa käyttänyt sanontaa ”lihavat on lep-posia”.
- Puolet (8/16) haastatelluista toivoisivat liikunnan olevan elämäntapa.
- Jotkut (6/16) haastatellut ovat olleet lapsesta saakka ikätovereita suurempia (subjektiivinen kokemus).
- Jotkut (6/16) haastatellut ovat kokeneet koulukiusausta omaan ulkonäköönsä liittyen.
- Muutamat (5/16) ovat saaneet painoan pudotetuksi laihdutusvalmisteiden avulla.
- Muutamat (3/16) ovat nimenneet olevansa masentuneita lihavuuden lisäksi.
- Muutamat (2/16) kokevat olevansa lihavia defenssinä uusia raiskauksia vastaan.

Yhteenvetona näistä haastatteluista tulee vahvasti sellainen tunne, että pelkästään ryhmämuotoinen keskustelu ravinnosta ja liikunnasta ei riitä painon hallinnan tavoitteeseen, vaan kyseessä on suurempi asia. Asia joka vaatii paneutumista, aikaa, osaamista ja tietoa. Jos lihavuudessa on kyse energiansaannin ja –kulutuksen välisestä epätasapainosta, niin kuin Pesola (2013, 11-13) asian esittää, niin tilannehan olisi yksinkertainen. Pesolan (2013, 11-13) mukaan tähän epätasapainoon vaikuttavat geenit, ympäristö ja psykososiaaliset tekijät. Tämä tekee painon hallinnasta haasteen ja yhtäkkiä olemme monimutkaisen asian edessä. Tätä monimutkaista asiaa kutsutaan ihmiseksi.

Tämä työ on avannut minulle tekijänä paljon uusia ajatuksia, olen itse hypännyt lihavuuden kaninkoloon ja oppinut paljon uutta. Olen saanut tutustua mielettömän kauniisiin ja vahvoihin naisiin, joiden kautta olen ymmärtänyt itsestäni uusia puolia niin ammatillisesti kuin yksityishenkilönäkin.

Perehtyessäni lihavuuden hoitoon nykypäivän Suomessa, olen jäänyt pohtimaan erityisesti hoidon toteutusta ja tehokkuutta. Lihavuus (aikuiset) Käypä hoito- suosituksen (2011) mukaan lihavuudella tarkoitetaan liiallista rasvakudoksen määrää elimistössä. Mitä muuta lihavuus on? Kaipaisin Käypä hoidossakin enemmän ICF- luokituksen kaltaista ajattelua; mitä muuta lihavuus pitää yksilön näkökulmasta sisällään kuin vain liiallista rasvakudoksen määrää elimistössä? Entä ympäristötekijät, yksilötekijät, sosiaaliset tekijät, osallistuminen? Lihavuus (aikuiset) Käypä hoito- suositus myös kertoo, että sairaalloista lihavuutta voidaan hoitaa kirurgisesti, mikäli muu hoito ei tuota pysyvää laihtumistulosta. Kuinka paljon tänä päivänä tähän ”muuhun hoitoon” panostetaan? Miksei lihavuudesta terveydenhuollolle koituvissa kustannuksissa lue, että ennaltaehkäisevään lihavuuteen puuttumiseen menee terveydenhuoltohenkilökunnan resursseina 28% koko lihavuuteen koituvista kustannuksista?

Ryhmän kokoamiseen sosiaalinen media oli sopiva kanava. Ryhmästä ilmoitettiin Facebook- ryhmässä ”Lahden alueen äidit”. Ilmoitus oli ryhmän sivulla 14 minuuttia, jona aikana yhteydenottoja tuli 52 kappaletta. Hakijat karsiutuivat ensisijaisesti aikataulullisista syistä, syistä, että ryhmässä oli tuttuja ihmisiä sekä ryhmän sisällöllisistä syistä. Osa ei ilmoittanut syytään päätökseensä jäädä pois ryhmästä. Ryhmäläisiksi valikoitui 11 naista näillä perusteilla. Ensimmäinen tapaaminen oli hyvin pian rekrytoinnin jälkeen, jonka jälkeen tapaamiset ovat toteutuneet noin kuukauden välein. Kuukauden tauot ryhmässä määrittyivät sisällön mukaisesti ohjaajan arvion mukaan siitä, kuinka kauan tehtävien tekeminen ja sisäistäminen vaatii. Väliaikana kuukausi osoittautui pitkäksi, paluuta aikaisempiin elämäntapoihin ehti tapahtua, useaan kertaan puolen vuoden aikana keskusteluun nousi ”repsahdukset” ja niiden käsittely. Jälkikäteen arvioituna sopivampi väliaika tapaamisille olisi ollut 2-3 viikkoa. Haasteen toi myös ryhmistä poisjäännit. Puolen vuoden aikana ryhmätapaamisista poisjääntejä on tullut ja näiden ryhmäläisten kohdalla on ollut havaittavissa enemmän ”repsahduksia”, sekä hitaampaa kehitystä kehonkuvan eheytyemisessä. Sinänsä ryhmään sitoutumisessa ei ole ollut ongelmia. Eniten eheytymistä kehonkuvassa on ollut nähtävissä niillä ryhmäläisillä, jotka ovat olleet tapaamisissa paikalla ja jotka ovat paneutuneet tunnollisesti annettujen teh-



tävien tekemiseen. Kehittämistehtävän tekijänä minulla ei ole tietoa, onko tämän kaltaista asiakkaiden rekrytointia aikaisemmin tehty. Ilmoitukseen vastanneiden määrä hämmästytti suuresti, tuli tunne, että tavoittaakohan perusterveydenhuollon painonhallintaryhmät edes murto-osaa tarvitsevista.

Koska tämänkaltaista ryhmää ei ole ollut, on ollut haastavaa päättää käytettävät harjoitukset ja ryhmän runko. Ryhmä on suunniteltu omaan ammattitaitoon perustuen vastaten niihin haasteisiin, joita alkukyselyssä tuli ilmi. Jälkikäteen ajatellen on havaittavissa asioita, jotka olisi kannattanut tehdä toisin. Ryhmätapaamiset kestivät keskimäärin kaksi tuntia kerrallaan ja tapaamiset toteutettiin sunnuntaisin ohjaajan kotona. Olisi ollut huomattavasti neutraalimpaa tavata ryhmää jossakin muussa paikassa. Kuitenkaan tähän ei ollut budjetoitu rahaa, joten tilojen vuokraaminen ryhmätapaamisia varten ei tullut kysymykseen. Ammatillisuus ohjaajana oli vaikeampaa rajata kuin neutraalissa ympäristössä olisi ollut. Tuon työssäni melko vähän lukijan tietoon terapian sisältöä ja käytettyjä menetelmiä. Tämä rajaus on tehty tietoisesti.

Suurimman yllätyksen tätä työtä tehdessäni olen kokenut siinä, että sekä ryhmäläisille että yksilöasiakkaillekin on täytynyt selventää perusasioita ravinnosta ja liikunnasta. On ollut yllättävää, että yksilöllä ei ole tietämystä, minkä verran ruokaa ja millaista ruokaa tulisi syödä ja millaista liikuntaa olisi hyvä harrastaa ja minkä verran ja ennen kaikkea miksi. Asiakkaiden kanssa on ollut keskustelua myös kehon toiminnoista. Tuntuu hurjalta, että lihavat ihmiset on poljettu yhteiskuntaluokassa niin alas, että lihava ihminen kokee huonommuutta esimerkiksi hikoilusta tai hengästymisestä. On ollut avaavaa, että lihava kokee olevansa huono hengästyessään tai hikoillessaan. Miten voi olla, että joku näinkin mittava kansanryhmä, kuten lihavat, on saatu ajan saatossa poljettua niin matalalle, että heidän itsetuntonsa ja kehonkuvansa ovat täysin vääristyneitä ja suhteellisuudentaju ”normaalia” kohtaan hämärtyy syyllisyyden ja pahan olon vuoksi?

Tuloksissa minut on saanut yllättymään ryhmän ja yksilöasiakkaiden välinen ero; kuinka paljon enemmän yksilöasiakkaat hyötyivät yhteisestä matkasta kuin ryhmäläiset. Sisällön en niinkään usko tähän vaikuttavan, uskon enemmänkin intensiteetin olevan ratkaisevassa asemassa. Yksilöasiakkaiden välinen ero minua hämmästyttää myös. Toinen ei laihtunut käytännössä ollenkaan, mutta on eheä ja sinut itsensä kanssa. Toinen laihtui hurjasti ja on itsensä ja oman kehonsa kanssa yhtä ”hukassa” kuin alussakin. No kumpi näistä on parempi? Laihtunut yksilöasiakas on kevyempi kehonpainoltaan ja tä-

hänhän Suomessa pyritään lihavuuden hoidossa. Kuitenkin toinen yksilöasiakas on löytänyt itsensä ja hänellä on hyvä olla itsensä ja oman kehonsa kanssa juuri sellaisena kuin hän on. Työni otsikko on ”psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet painon hallinnan tukemisessa ja kehonkuvan eheytymisessä lihavilla naisilla”. Ryhmässä molemmat tavoitteet toteutuivat, enemmän kuitenkin kehonkuvan eheytyminen kuin painon hallinnan tukeminen (syytän tästä aikaa, uskon että painon hallinta olisi tullut itseltään eheytymisen jälkeen). Toisella yksilöasiakkaalla painon hallinnan tukeminen onnistui erittäin hyvin ja toisella taas kehonkuvan eheytyminen. En osaa sanoa, mikä näistä kolmesta on paras.

Niken mainoksessa on lause (vapaa suomennos): ”Sinun ei tarvitse olla mahtava aloittaaksesi, mutta sinun täytyy aloittaa tullaksesi mahtavaksi”. Nyt on aloitettu.

Jos sinun pitäisi tehdä lista niistä asioista joita eniten rakastat, kuinka monenneksi sinä itse listalla tulisit?

## 7 LÄHTEET

Hiltunen, P. 2013. Iso. WSOY.

Hänninen, S. 2010. Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihavien ihmisten kokemana. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kaukua, J. 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Duodecim 2006;122:1215-24.

Kauhanen, J, Myllykangas, M, Salonen, J.T. & Nissinen, A. Kansanterveystiede. 1998. WSOY: Porvoo. 2. uudistettu painos.

Käypä hoito-suositus. Aivoinfarkti. Julkaistu 11.1.2011. Duodecim.

Käypä hoito-suositus. Lihavuus (aikuiset). Julkaistu 13.9.2013. Duodecim.

Käypä hoito-suositus. Sydäninfarktin diagnostiikka. Julkaistu 3.1.2014. Duodecim.

Mustajoki, P. 1990. Kulttuuri ja lihavuus. Duodecim 106: 472-476.

Mustajoki, P, Kanerva, R & Rissanen, A. 1991. Liian paksu tai liian ohut. Duodecim 107: 1769-1775.

Mustajoki, P. 1992. Lihavuuden hoito – lääkärin sokea piste. Duodecim; 108(13):1205.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Kustannus Oy Duodecim. Karisto, Hämeenlinna.

Mustajoki, P. 2013. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk00042 (015.007).

Mustajoki, P. 2014a. Painoindeksi. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk01001 (023.001).

Mustajoki, P. 2014b. Metabolinen oireyhtymä (MBO). Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk00045 (015.010).

Mustajoki, P. 2015. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus:dlk00819 (015.007).

Männistö, S, Lahti-Koski, M, Tapanainen, H, Laatikainen, T & Vartiainen E. 2004. Lihavuus ja sen taustat Suomessa – liikakilot kasvavana haasteena. Suomen lääkirilehti 8/2004 vsk 59.

Pekurinen, M. 2006. Mitä lihavuus maksaa? Duodecim 2006; 122; 1213-4.

Pesola, A. 2013. Luomuliikunnan vallankumous. Sohvan pohjalta taisteluvittoon. Saarjärven Offset Oy.

Sylillinen. Syömishäiriöliitto- Syli Ry. Jäsen- ja tiedotuslehti 1/2014.

Tuimala, L. 2013. Kehonkuva. [viitattu 20.7.2015] saatavissa:  
<http://www.kehonkuva.com/3>

## 8 LIITTEET

### 8.1 LIITE 1. Sopimus valokuvien käyttöoikeudesta.

## Sopimus valokuvien käyttöoikeudesta

Valokuvaajana Anu Maarit Pylvänen

### SOPIMUKSEN KOHDE

Käyttöoikeus valokuviin

### KÄYTTÖ

Kuvattava luovuttaa korvauksetta kaikki oikeudet tämän sopimuksen tarkoittamiin valokuviin. Vapaa käyttöoikeus on kuvaajalla. Kuvaaja kuitenkin käyttää kuvattavasta otettuja kuvia vain Tampereen ammattikorkeakouluun tehtävään keittämistehtävään ja siihen liittyviin tuotteisiin.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Kuvattavan tai ryhmän nimi \_\_\_\_\_

Kuvattavan allekirjoitus \_\_\_\_\_

nimen

selvennys

\_\_\_\_\_

Kuvaajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

MAARIT PYLVÄNEN

### SOPIMUSKAPPALEET

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi kummallekin sopijaosapuolelle.

## 8.2 LIITE 2. Modifioitu tutkimuslomake.

Nimi \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

Ikä \_\_\_\_\_

Siviilisääty \_\_\_\_\_

Lapsien määrä, synnytykset \_\_\_\_\_

Onko sinulle annettu jonkin lääketieteellinen diagnoosi \_\_\_\_\_

Säännölliset lääkitykset \_\_\_\_\_

Pituus \_\_\_\_\_

Omat arvioni: painoni tällä hetkellä \_\_\_\_\_

hauiksen ympärys \_\_\_\_\_

rinnan ympärys \_\_\_\_\_

vyötärön ympärys \_\_\_\_\_

reiden ympärys \_\_\_\_\_

pohkeen ympärys \_\_\_\_\_

Viime aikoina olen tuntenut seuraavia oireita					
	päivittäin	muutaman kerran viikossa	kerran viikossa	kerran kuussa	harvemmin
<b>väsymystä</b>					
<b>rauhattomuutta</b>					
<b>päänsärkyä</b>					
<b>huimausta</b>					
<b>voimattomuutta</b>					
<b>kipua</b>					
<b>puutumista</b>					
<b>ylivireyttä</b>					
<b>ruumiin tai sen osien hajoamista</b>					
<b>nukahtamis- tai unihäi- riöitä</b>					
<b>keskittymisvaikeuksia</b>					
<b>jännitystä</b>					
<b>lihaskireyttä</b>					
<b>sydämen tykytystä</b>					
<b>kauhun tunnetta</b>					

<b>Täydennä seuraavat lauseet</b>
<b>Kehoni</b>
<b>Käteni</b>
<b>Jalkani</b>
<b>Pääni</b>
<b>Vatsani</b>
<b>Selkäni</b>
<b>Lihakseni</b>
<b>Kehoni rajat</b>
<b>Kehossani tuntuu hyvältä</b>
<b>Kehossani tuntuu pahalta</b>
<b>Ehjintä kehossani</b>
<b>Kevyintä kehossani</b>
<b>Painavinta kehossani</b>
<b>Lujinta kehossani</b>
<b>Haurainta kehossani</b>
<b>Rakkainta kehossani</b>
<b>Liteintä kehossani</b>
<b>Pulleinta kehossani</b>
<b>Tuntemattominta kehossani</b>
<b>Muut ajattelevat että kehoni</b>

Kerro vapaasti ja melko lyhyesti alle tositapahtumiin perustuva tarina otsikolla ”Minä liikkujana”

---



---



---



---



---



---



---



---

Kuvaile tyypillinen päiväsi, mitä syöt?

Ennen klo 16

---

---

---

---

Jälkeen klo 16

---

---

---

---

Miten koet raskausajan ja synnytysten muuttaneen kehoasi?

---

---

---

---

Millä tavoin rentoudut?

---

---

---

---

Tunnetko hengityksesi vapaana koko vartalon alueella vai onko hengityksesi painottunut jollekin alueelle selkeämmin?

---

---

---

Saatko mielestäsi levähtyä riittävästi? Jos et niin millä tavoin tämä vaikuttaa oloosi?

---

---

---



Mitä ajattelet itse voivasi tehdä oman hyvinvointisi eteen?

---

---

---

---

Millaisen kuvan luulet antavasi kehonkuvallasi, ilmeilläsi ja eleilläsi nyt muille ihmisille, jotka kansasi pöydän ääressä istuvat?

---

---

---

---

---

Aseta itsellesi nyt tavoite. Kuvaile mitä aiot saavuttaa tämän puolen vuoden aikana jonka tämä ryhmä kestää ja millä keinoilla tulet tavoitteeseesi pääsemään.

---

---

---

---

---

---

---

---

## 8.3 LIITE 3. Kehoasennetesti.

Kehoasennetesti - **BAT** - Body Attitude test

Nimi: \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_

	aina	yleensä	usein	joskus	harvoin	en koskaan
1. Kun vertaan omaa kehoani ikätoverieni kehoihin, olen tyytymätön omaani.						
2. Koen kehoni tunnottomaksi/puutuneeksi.						
3. Lantioni vaikuttaa liian leveältä minulle.						
4. Tunnen oloni mukavaksi omassa kehossani.						
5. Minulla on voimakas halu olla laihempi.						
6. Mielestäni rintani ovat liian suuret.						
7. Koetan peitellä omaa vartaloani esim. puukeutumalla löysiin vaatteisiin.						
8. Kun katson itseäni peilistä, olen tyytymätön omaan kehooni.						
9. Minulle on helppoa rentoutua fyysisesti.						
10. Mielestäni olen liian paksu.						

11. Koen kehoni taakkana.						
12. Kehoni ei vaikuta omaltani.						
13. Jotkut osat kehossani näyttävät turvonneilta.						
14. Kehoni on uhka minulle.						
15. Kehollinen olemukseni on erittäin tärkeä minulle.						
16. Vatsani näyttää siltä kuin olisin raskaana.						
17. Tunnen jännitystä kehossani.						
18. Kadehdin muiden ihmisten fyysistä olemusta.						
19. Kehossani tapahtuu asioita, jotka pelottavat minua.						
20. Tarkkailen olemustani peilistä.						

**Nimi:** The Body Attitude Test (BAT), kehoasennetesti

**Tekijät:** Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W.

**Tarkoitus:** Kehitetty mittaamaan subjektiivista kehon kokemusta ja asennetta omaa kehoa kohtaan.

**Kuvaus:** BAT sisältää kaksikymmentä väittämää, jotka on pisteytetty kuuteen vastausvaihtoehtoon. Lukuunottamatta käänteisiä väittämiä (4&9), väittämät pisteytetään seuraavasti: aina 5 – yleensä 4- usein 3 – joskus 2 – harvoin 1 ja ei koskaan 0. Maksimipisteet kyselyssä on 100 pistettä: mitä isompi pistemäärä on yhteenlaskettuna, sitä enemmän poikkeava kehollinen asenne on.

Analyyssissä käytetään neljää rakennetta:

1. Oman kehon arvostamattomuus (väittämät 3,5,6,10,11,13 ja 16)
2. Oman kehon tuntemattomuus (väittämät 2,4,9,12,14,17 ja 19)
3. Kokonaisvaltainen tyytymättömyys omaa kehoa kohtaan (väittämät 1,7,8 ja 18)
4. Loput tekijät (väittämät 15 ja 20)

**Otos:** Kirjoittajat ovat kehittäneet lomakkeen naispotilaille, jotka kärsivät syömishäiriöistä.

**Luotettavuus:** Tutkimus osoittautui olevan luotettavuudeltaan tyydyttävää tasoa ( 0.93). Kokonaiskorrelaatio alimmillaan vaihteli asteikolla 0.88 aina 0.90 saakka.

**Testin uusiminen:** Lyhyellä aikavälillä testin luotettavuus testattiin (väliä yksi viikko) lukio- ja yliopistoikäisillä naisopiskelijoilla ja syömishäiriöisillä asiakkaila ja vaihteluväli oli 0.87-0.92, kun kokonaispistemäärä aloitusmittauksessa oli aina 0.72:sta aina 0.95 saakka.

**Validiteetti:** lomake on validi kun mitataan tämän hetkisiä kehon kokemuksia, psykopatologisia oireita ja tuntemuksia sekä yksilöllisiä piirteitä.

**Diskriminantti:** Syömishäiriöisten vastaajien otoksessa (441) vastaukset poikkesivat muusta otoksesta (581). Kokonaispisteet ryhmittäin erosivat toisistaan; syömishäiriöiset, painon vartijoissa alaryhmät 1 ja 2 sekä muut. Kriittinen piste potilaan ja normaalin välillä vaikutti Shoutin ja Fleissin (1981) mukaan olevan 36. Vertailu neljän tyyppisen syömishäiriön välillä osoittaa, että anorexia nervosaa sairastavilla on matalimmat pisteet testissä ja bulimia nervosaa sairastavilla korkeimmat pisteet testissä. Kyselyllä pystyy erottamaan syömishäiriön eri tyypit.

**Laajempi empiirinen käyttö:** BAT- kyselyn ja ja painoindeksin (BMI) välillä on positiivinen lineaarinen suhde. Lomakkeella voi myös käyttää mittarina hoidon vaikuttavuudesta. Tutkimus osoittaa, että lomakkeella voidaan myös erottaa toisistaan opiskelijat, potilaat ja naiset joilla on hedelmällisyyden ongelmia. Lomakkeella voidaan helposti tutkia dissosiativisia kokemuksia ja terapian lopputulosta.

**Title:** The Body Attitude Test (BAT)

**Authors:** Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W.

**Variable:** The BAT is intended to measure the subjective body experience and the attitude towards one's body.

**Description:** The BAT consists of 20 items to be scored on a 6 point scale. With the exception of the negatively keyed items (4 & 9), items are scored as follows: always (5) usually-often-sometimes-rarely and never (0). The maximum score is 100: the higher the score, the more deviating the body experience is. Repeated analysis yielded a stable four factor structure: (1) negative appreciation of body size, (2) lack of familiarity with one's own body, (3) general dissatisfaction and (4) a rest factor. There are no weightings from factor loadings.

Factor 1: items 3,5,6,10 11 13 16

Factor 2: items 2,4,9,12,14,17,19

Factor 3: items 1,7,8,18

Factor 4 items 15 & 20

**Sample** The authors developed the scale for female patients suffering from eating disorders.

**Reliability, Internal Consistency:** demonstrated satisfactory levels of internal reliability ( $\alpha = 0.93$ ) The factor-total correlation for the subscales ranging from 0.88 to 0.90.

**Test-Retest:** the short term test-retest reliability (interval one week) was measured by female high school and university students and eating disorder patients and was  $r = 0.87-0.92$  for the total score and ranged from  $r = 0.72$  to  $r = 0.95$  (all  $p < 0.01$ ) for the subscales.

**Validity, Convergent Validity:** the BAT has good convergent validity with existing body experience related questionnaires, general psychopathological phenomena and complaints ( Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1997; Probst, Vandereycken, Vanderlinden, & Van Coppenolle, 1998; Favaro, Gigli, Miotto & Santonastaso, 1997 ) and personality traits (Schok, 1994)

**Discriminant:** The responses of the eating disorders patients ( $N = 441$ ) to each of the subscales differed significantly from those of the community sample ( $n = 581$ ). The BAT differentiates for the total scores between the community sample and Weight Watchers and eating disorder patients and Weight Watchers on subscale 1 and 2.

The critical score that determines the boundary between patients and normals was established at 36 using Shrout and Fleiss' model (1981). A comparison of the four types of eating disorders shows that restricting patients with anorexia nervosa patients obtain the lowest scores and patients with bulimia nervosa the highest. The BAT differentiates between types of eating disorder.

**Further empirical uses:** A positive linear relation exists between the BAT and the BMI is a positive linear relation (Probst et al., 1995; Devacht & Vandereycken, 1998). The BAT can also be

used to evaluate progress in treatment. Research shows that BAT also differentiates between patients, students and women with fertility problems (Devacht & Vandereycken, 1998). The BAT is a good predictor for dissociative experience and global therapy outcome (Vanderlinden, Vandereycken & Probst, 1995).

*Taulukon käännös. Kivivalli, Leena työssä: Alaloukusa, J. Fenomenologinen näkökulma psykopatologiaan. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. 2013.*

*Tekstin vapaa suomennos Pylvänen, A M. 2015.*

### Locations

Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder : psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorder: the Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.

### Results and Comments

The first version of the BAT was originally drafted in Dutch (Van Coppenolle, 1984). The questionnaire is actually available in different languages without copyright costs. Normative data of patients with eating disorder (N=650) and students (200) are available (Probst, 1998; Fernandez & Turon, 1998). The Spanish (Gil, Castro, Gomez, Toto & Salamero, 1999) and Italian (Santonastoso, Favaro, Ferrara, Sala, Vidotto, Dalle Grave, & Probst, 1994) version of the BAT are validated.

### References

- Devacht I. & Vandereycken W. (1998). Het verband tussen eetproblemen en vruchtbaarheidsproblemen. Kuleuven, Psychodiagnostiek
- Favaro, A., Gigli, G., Miotto, P. & Santonastaso, P. (1997). Validita del questionario di Ben Tovim & Walker per atteggiamenti verso il corpo. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 221, 39-47.
- Fernandez, F., & Turon, V. (1998). *Trastornos de la alimentacion*. Barcelona : Masson
- Gila, A., Castro, J., Gomez, M., Toro, J., & Salmero, M. (1999). The Body Attitude Test: validation of the spanish version. *Eating & Weight Disorders*, in press.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken W. (1997). Further experience with the Body Attitude Test. *Eating & Weight Disorders*, 2, 100-104.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., Pieters, G. (1998). Body size estimation using video distortion on a life-size screen and psychological variables in restricting anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 3/4, 451-456.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with physiological and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167-174.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In J. Simons (Ed.), *Actuele thema's uit de psychomotorische therapie*. Leuven: Acco, 79-90. (English translation available)
- Santonastoso, P., Favaro, A., Ferrara, S., Sala, A., Vidotto, G., Dalle Grave, R., Probst, M. (1995). Confronto degli atteggiamenti corporei di un gruppo di pazienti con disturbi dell'alimentazione con un campione di studentesse: validazione italiana del Body Attitudes Test. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 69, 423-436.
- Stok, M.L. (1994). Comorbiditeit bij eetstoornissen. Universiteit Utrecht: Gezondheidspsychologie.
- Van Coppenolle, H, Vandereycken, W., Pierloot, R., & Depreitere, L. (1984). Constructie van een vragenlijst over de lichaamsbeleving bij anorexia nervosa. *Bewegen en Hulpverlening*, 1, 42-60. (Translation in: Van Coppenolle, H., Probst, M., Vandereycken, W., Goris, M., & Meermann, R. (1990). Construction of a Questionnaire on the body experience of anorexia nervosa. In H. Remschmidt, M. Schmidt (Eds.). *Anorexia nervosa* (pp. 103-123). Hogrefe: Stuttgart.)
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Probst, M. (1995). Dissociative Symptoms in eating disorders: a follow up study. *European Eating Disorders Review*, 3, 174-184.
- Reviewer**
- Michel Probst, Katholieke Universiteit Leuven, Faculty of Physical Education & Physiotherapy, Department of Rehabilitation Sciences and University Center Sint Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, Belgium
- List of Publications concerning BAT**
- Prof. Michel Probst, PhD
- K.U.Leuven, Faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen (Faculty of Kinesiology and Rehabilitation Sciences).
- & University Center Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, Belgium [Michel.probst@faber.kuleuven.be](mailto:Michel.probst@faber.kuleuven.be)
- Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W., & Meermann, R. (1990). Zur Evaluation der Körperbild-Wahrnehmung bei Patienten mit Anorexia Nervosa. *Psychiatrische Praxis*, 17, 115-120.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1992). De Lichaamsattitude-Vragenlijst bij patiënten met eetstoornissen: onderzoeksresultaten. *Bewegen en Hulpverlening*, 9, 286-299.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., Vanderlinden, J., & Deroeck, V. (1995). De Lichaamsattitudevragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: factorstructuur, betrouwbaarheid en validiteit. In J. Simons (Ed.), *Actuele thema's uit de psychomotorische therapie* (pp.47-64) Leuven: Acco.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden J (1995). Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.

Santonastoso, P., Ferrara, S., Sala, A., Vidotto, G., Dalle Grave, R., Probst, M., Favaro, A. (1995). Confronto degli atteggiamenti corporei di un gruppo di pazienti con disturbi dell'alimentazione con un campione di studentesse: validazione italiana del Body Attitudes Test. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 69, 423-436.

Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken W. (1997). Further experience with the Body Attitude Test. *Eating & Weight Disorders*, 2, 100-104.

Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitudevragenlijst : validering en normering. In J. Simons (Ed.), *Actuele thema's uit de psychomotorische therapie* Leuven: Acco, 79-90.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., Pieters, G. (1999). Body experience in eating disorders before and after treatment: a follow up study. *European Psychiatry*, 14, 333-40.

Probst, M. (2000). The Body Attitude Test. In J. Maltby, C.A. Lewis, & A.P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews on 300 psychological test* (pp. 25-28). Lampeter, Wales: Edwin Mellen press.

Probst, M. (2002). Referentiegegevens van frequent gebruikte vragenlijsten bij patiënten met eetstoornissen. In J. Simons (Ed.), *Actuele thema's uit de psychomotorische therapie*. Leuven: Acco, 25-37.

Probst, M., Vandereycken, W. (2002). Bijlage: Normering vragenlijsten (Hoofdstuk 11). In W. Vandereycken en Greta Noordenbos (Eds.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom, 110-113.

Uher, R., Pavlová, B., Papežová, H., Probst, M., Yamamotová, A. (2004). Vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace u poruch příjmu potravy. *Czechoslovenská Psychologie*, 48, 385-396.

Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: Its relationship with physiological and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167-174.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., Pieters, G. (1998). Body size estimation using video distortion on a life-size screen and psychological variables in restricting anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 3/4, 451-456.

Probst, M., Pieters, G., Vanderlinden, J. (2008). Evaluation of body experience questionnaire in eating disorders and non-clinical subjects. *Int J Eating Disorders*, 41, 657-665.

Probst, M., Pieters, G., Vanderlinden, J. (2008). Body experience assessment in non-clinical male and female subjects. *Eating and Weight Disorders*. 14 (1) electronic contents e16.

#### **Other publication concerning BAT**

Kashiima, A. et al (2003). Japanese Version of the Body Attitude Test : its reliability and validity. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 57, 511-516

Gila, A. et al (1999). The body attitude test: Validation of the Spanish version. *Eating and Weight disorders*.

Tury, F. & Szabo, P. (2000). Disorders of eating behaviour anorexia and bulimia nervosa psychiatry on the turn of the millennium series. Budapest: medicina publishing.